



Fullmakt

Härmed ger jag _____ (för- och efternamn),
_____ (födelsenummer)

tillåtelse för _____ (för- och efternamn)

att inhämta information om försäkringen av hästen _____

(informationen innefattar: försäkringens omfattning, försäkringsperiod samt ev. skador och

reservationer). Försäkringsnummer: _____

Fullmakten gäller till och med: _____ (år-mån-dag).

Datum: _____

Försäkringstagarens underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Ifylld fullmakt skickas till Agria Djurförsäkring:

E-post: hast@agria.se

Adress: Agria Djurförsäkring, FE 1647, 838 83 Frösön.